

# Slap Lesion e Judo professionistico

Daniele Morfino

REHABILITATION POINT TORINO - Membro del Comitato Educativo EUSSER (European Society for Shoulder and Elbow Rehabilitation) - Research & Clinical Mentor della ASSET (American Society of Shoulder and Elbow Therapists)

## Slap Lesion

Per *Slap Lesion* (*Superior Labrum from Anterior to Posterior*) s'intende una serie di quattro sottotipi di lesioni coinvolgenti il cerchio glenoideo superiore, che implicano anche l'inserzione prossimale del tendine del CLB al tubercolo sovraglenoideo piuttosto che sul labbro glenoideo. La soluzione terapeutica è rappresentata dall'intervento chirurgico.

## Slap Lesion e Judo

Il meccanismo più comune di lesione nel judo è rappresentato da una forza di compressione alla spalla, solitamente risultante da una caduta su braccio esteso, con la spalla posizionata in abduzione e lieve flessione in avanti al momento dell'impatto.

## Fattori di rischio ed eziopatogenesi

Nello specifico del judo molteplici possono essere i fattori di rischio. Oltre al trauma ad alta energia descritto prima, vi sarebbero, come possibile causa, microtraumi ripetuti eventualmente associati a diverse condizioni del complesso del cingolo scapolo-omeroale, tra le quali:

- instabilità antero-inferiore (ancor più se associato a danno del LGOI), che stresserebbe ancor più il CLB nel suo ruolo di stabilizzatore anteriore e rotatore GO
- lesioni di cuffia
- GIRD (*Glenohumeral Internal Rotation Deficit*)
- discinesia scapolo-toracica e SICK *Scapula Syndrome*.

Queste condizioni associate porterebbero a stress torsionali e forze di taglio.

## Approccio riabilitativo post-chirurgico

La prima fase post-chirurgica è rappresentata dall'immobilizzazione in tutore per un periodo di circa 20/30 gg, periodo in cui però verranno effettuate della mobilizzazione passiva e tutta una serie di esercitazioni attive per reclutare la muscolatura scapolare, poiché sarà fondamentale enfatizzare il trattamento dell'intero complesso del cingolo scapolare e non solo della GO (Fig. 1).

Nel periodo tra la terza settimana ed il mese e mezzo circa sarà incrementata la mobilizzazione passiva per la ricerca del PROM completo. Verranno inserite esercitazioni di allungamento per la capsula posteriore e gradualmente si recupererà la rotazione esterna anche nella posizione di abduzione. Si continuerà e si incrementerà il lavoro attivo sulla scapolo-toracica, quale base stabile su cui l'omero agisce, e verranno inserite semplici esercitazioni di controllo propriocettivo e sull'intera catena cinetica del tronco (Fig. 2).

Dal mese e mezzo/due si inseriranno le esercitazioni di rinforzo progressivo della cuffia dei rotatori, si esalterà il lavoro sulla muscolatura scapolo-toracica, si incrementeranno le esercitazioni di con-



**Figura 1.** Reclutamento attivo scapolo-toracico con resistenze elastiche già dai primi gg post-operatori.

trollo neuro-muscolare e gradualmente verranno inserite le esercitazioni sport-specifiche quali allenamenti con atleti di categorie inferiori, tecniche con gli elastici (Uchikomi), proiezioni, lotta in piedi, ecc., alla ricerca della piena funzionalità (ottimale recupero del ROM, della forza, della proprioccezione).

Dai tre mesi e mezzo/quattro fino ai cinque mesi (a seconda del tipo di *Slap* riscontrata), l'atleta potrà essere pronto, previa valutazione clinica e superato il



**Figura 2.** Facilitazioni neuromuscolari propriocettive.

protocollo di test di seguito proposto, al ritorno alla competizione (Fig. 3).

## Per la valutazione finale abbiamo selezionato il seguente protocollo

- Valutazione della mobilità in RE e RI in posizione di ABD 90°: si ricercano

eventuali asimmetrie rispetto alla spalla controlaterale o eventuali squilibri tra RE e RI nella stessa spalla (Fig. 4)

- *Rowe Score*: il punteggio valido deve essere almeno uguale o superiore ad 80
- test isometrico RI/RE spalla operata con dinamometro (Sauter FK500 - KERN) per i rotatori: test superato se il rapporto di forza RI/RE è del



Figura 3. Rinforzo scapolare, rinforzo cuffia dei rotatori propriocezione e controllo NM.

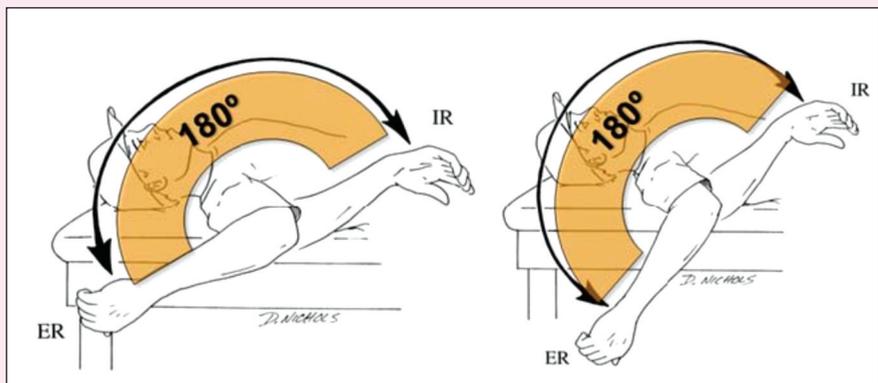


Figura 4.

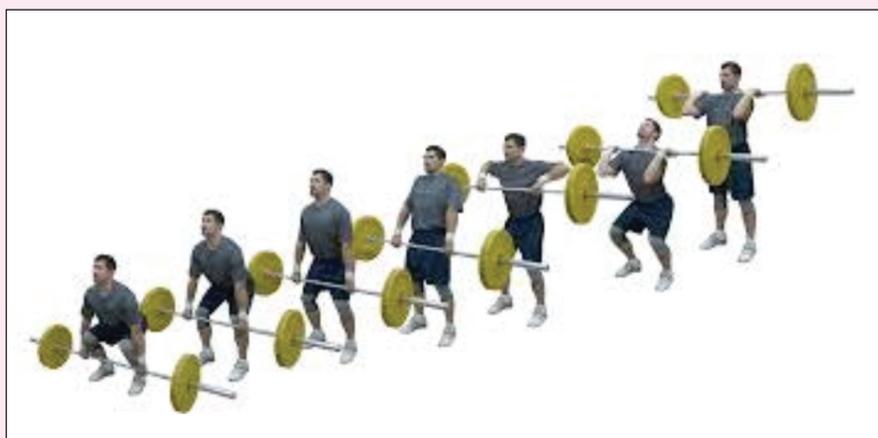


Figura 5.

50-60%. Test effettuato con braccio in ADD e in ABD 90°

- test isometrico RI e RE (braccio in ADD e in ABD 90°) e deltoide (90° di ABD sul piano scapolare) in rapporto al controlaterale: test superato se i valori sono uguali o superiori all'80%
- assenza di dolore in alcune esercitazioni di rinforzo e sport-specifiche:
  1. *clean* (girata al petto con bilancere): 10 RPS con 50% del peso corporeo
  2. *thruster* (*front squat* con spinta del bilancere verso l'alto) 12 RPS con 50% del peso corporeo
  3. *pull-up* (trazioni alla sbarra): 8 RPS
  4. tecniche di proiezione di spalla
  5. cadute sport-specifiche e lotta a terra (Fig. 5).

## Bibliografia consigliata

- Kibler WB, McMullen J. Scapular Dyskinesia and Its Relation to Shoulder Pain. *J Am Acad Orthop Surg*. March/April 2003; vol. 11 no. 2 142-151.
- Lephart SM, Pincivero DM, Girardo JL, Fu FH. The Role of Proprioception in the Management and Rehabilitation of Athletic Injuries. *Am J Sports Med*. January 1997 vol. 25 no. 1 130-137.
- Mileski RA, Snyder SJ. Superior labral lesions in the shoulder: pathoanatomy and surgical management. *J Am Acad Orthop Surg*. March 1998 vol. 6 no. 2 121-131.
- Morgan CD1, Burkhart SS, Palmeri M, Gillespie M. Type II SLAP lesions: three subtypes and their relationships to superior instability and rotator cuff tears. *Arthroscopy*. 1998 Sep;14(6):553-65.
- Porcellini, Castagna, Campi, Paladini. *La Spalla, Patologia, Tecnica Chirurgica, Riabilitazione*. 2003 Verducci Editore, Roma.
- Rodosky MW1, Harner CD, Fu FH. The role of the long head of the biceps muscle and superior glenoid labrum in anterior stability of the shoulder. *Am J Sports Med*. 1994 JanFeb;22(1):121-30.
- Rowe CR, Patel D, WW Southmayd JBJS-A. The Bankart Procedure, A long-term end-result study. 60-A, 1978, 1-16 Link.
- Snyder SJ, Karzel RP, Del Pizzo W, Ferkel RD, Friedman MJ. Southern California Orthopedic Institute, Van Nuys, California, U.S.A. SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy*. December 1990 Volume 6, Issue 4, Pages 274-279.